Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik München
Direktor: Prof. Dr. H. Eymer.

Über Urogenitalfisteln.

Ein Bericht über das Krankengut der Münchner Univ.-Frauenklinik in den Jahren 1920—1934.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität München

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Robert Koenig
aus Frankenthal (Saarpfalz)

Würzburg 1937
Buchdruckerei Richard Mayr

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München. (18. 12. 1936)

Referent:
Professor Dr. H. Eymer.

Dem Andenken meiner Eltern
in Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154015_0099

Noch im Jahre 1845 rief Dieffenbach resigniert aus:

„Die Heilung der Blasen-Scheidenfisteln gehört zu den größten Aufgaben der Chirurgen. Mit Trauer blicken wir auf die Unvollkommenheit unserer Kunst und klagen bald diese, bald die sonst so hilfreiche Natur an, welche uns hier so wenig unterstützt. Seit Jahrhunderten sucht man nach neuen sicheren Methoden, da die alten nichts fruchteten und beschämt müssen wir gestehen, daß wir hier nur geringe Fortschritte gemacht haben, da die glückliche Heilung einer Blasen-Scheidenfistel noch zu den seltenen Ereignissen gehört, wenigstens seltener als das Mißlingen der Operation. Ich habe eine Frau 18 mal operiert und sie dennoch nicht geheilt, ganze Säle voll dieser Unglücklichen aus allen Gegenden zusammengebracht und dem Gegenstande ganz gelebt und dann doch nur eine geringe Heilung zu Stande gebracht."

Wenn man diese Worte hört und weiß, welchen Qualen eine Fistelträgerin ausgesetzt ist, wird es einem Bedürfnis, an Hand eines großen Krankengutes zu erfahren, in welchen Bahnen sich heute die Fistelheilung bewegt. Das wird am besten aus einer klaren Statistik ersichtlich und so wird in der vorliegenden Arbeit versucht die Harnfisteln statistisch zu erfassen, die in Jahren 1920 bis zum 1. 5. 1934 an der Münchener Universitäts-Frauenklinik zur Behandlung gekommen sind.

In den folgenden Tabellen sind die Harnfisteln unserer Klinik nach den verschiedensten Gesichtspunkten zusammengestellt.

Die Tabelle I ergibt einen Überblick über die Gesamtzahl der Kranken, die unterschieden sind in klinische und außerklinische. Klinisch seien die Harnfisteln genannt, die in der Klinik zur Entstehung kamen, alle übrigen, die an anderen Kliniken oder Krankenhäusern entstanden und teilweise anoperiert eingeliefert wurden, seien Außerklinische genannt.

Tabelle I.

Gesamtzahl der Fisteln:	42
I. Klinische Harnfisteln:	23
II. Außerklinische Harnfisteln:	19

Insgesamt wurden 42 Kranke behandelt, darunter waren 54,8% klinische und 45,2% außerklinische Harnfistelträgerinnen. Die Letzteren wurden demnach von den Ersteren mit einer Häufigkeit von 9,6% übertroffen. Der besseren Übersicht halber sei eine Tabelle II angefügt, die die Verteilung der verschiedenen Arten von Harnfisteln auf klinische und außerklinische Entstehung zeigen soll. Die Einteilung ist dem Lehrbuch von W. Stoeckel entnommen.

Tabelle II.

I. Blasenfisteln:	32			
1. Blasen-Scheidenfisteln:	30		klinische:	16
			außerklinische:	14
2. Blasen-Cervixfisteln:	2		klinische:	1
			außerklinische:	1
II. Ureterfisteln:	10			
1. Ureter-Scheidenfisteln:	10	(6)	klinische:	6
			außerklinische:	4
2. Ureter-Cervixfisteln:	0			

Wir ersehen aus dieser Tabelle, daß von 42 Harnfisteln, aus den Jahren 1920 bis Ende April 1934 berechnet 10 Ureterfisteln sind. Das sind etwa 25% der Fisteln. Davon sind 6 klinische und 4 außerklinische Fisteln. Es sind dies die Nummern: 330 (1920), 534 (1920), 589 (1926), 207 (1927), 300 (1932) und 80 (1933) bzw. die Nummern 690 (1923), 296 (1930), 295 (1928) und 416 (1932).

Von diesen 10 Ureterfisteln sind nur 6 als Ureter-Scheidenfisteln angegeben. Die Diagnose „Ureter-Cervixfistel" wurde niemals gestellt. Ich habe wegen der größeren Wahrscheinlichkeit alle unter dem Begriff „Ureterfistel" beschriebenen Harnfisteln zu den Ureter-Scheidenfisteln gerechnet.

Unter 32 Blastenfisteln machen nur 2 Blasen-Cervixfisteln aus und zwar eine klinische und eine außerklinische. Von den 30 Blasen-Scheidenfisteln waren 16 innerhalb und 14 außerhalb der Klinik entstanden.

Bericht über die behandelten Ureterfisteln.

Bei den Ureterfisteln trat als ätiologischer Faktor die gynäkologische Operation stark in den Vordergrund. In meinem Krankengut ist der größte Teil der Harnfisteln durch Totalexstirpation des Uterus bei Carcinom, Myom, chronischer Pelveoperitonitis gonorrhoica und intraligamentären Dermoids entstanden. Das war bei 8 von 10 Frauen der Fall. Die Fisteln entstanden durch direkte Läsion des Ureters, der angeschnitten, gequetscht oder versehentlich in eine Ligatur eingeschnürt wurde oder sekundär durch nachfolgende Nekrose. Das ist bei einer Pelveoperitonitis besonders leicht verständlich, wo der Ureter in einem größeren eiternden Wundgebiet liegt und von den entzündlichen Vorgängen seiner Umgebung auf das Stärkste beeinflußt wird.

Aber nicht nur Totalexstirpationen des Uterus, sondern auch sonstige größere gynäkologische Operationen haben zur Entstehung der Ureterfistel beigetragen. Bei der Kranken Nr. 589 (1926) war es im Anschluß an einen extraperitonealen Kaiserschnitt sowohl zur Blasen- als auch zur Ureterfistel gekommen. Bei der Kranken Nr. 295 (1928) entstand die Fistel nach einer Spontangeburt auf Grund einer Mißbildung des Ureters.

Die Diagnose der Ureterfistel wurde erhärtet durch Cystoskopie bzw. Chromocystoskopie mit Ureterenkatheterismus, Auffüllung der Blase mit Methylenblaulösung und anschließender Scheidentamponade.

In Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen saßen die Fisteln häufiger rechts als links und zwar 6 mal rechts und 3 mal links; 1 mal wurde die Seitendiagnose nicht gestellt. Nach Ansicht von Schiffmann und Scamek sind dafür anatomische und technische Gründe maßgebend. So verläuft angeblich der rechte Ureter für die Präparation ungünstiger und ist für den linksstehenden Operateur weniger bequem zu erreichen.

Die Fisteln wurden 5 mal zwischen dem 6. und 13. Tage post operationem manifest, 2 mal handelte es sich um „Spätfisteln", die erst bis zu 3 Wochen nach dem Eingriff auftraten. Bei 2 Frauen muß auf Grund der Krankengeschichten angenommen werden, daß die Ureterfisteln erst einige Monate nach der Operation entstanden. Doppelseitig ist keine Fistel aufgetreten.

Es folgen jetzt die Berichte über die behandelten Ureterfisteln.

Die Kranke Nr. 534 (1920) wurde in der Klinik operiert. (Totalexstirpation des Uterus wegen eines cervicalen Myoms). Am 10. Tage nach der Operation wurde die auf der rechten Seite sitzende Ureterfistel manifest. Da die Fistel während 15 Tagen keine Tendenz zur Spontanheilung zeigte, wurde die Nephrektomie rechts vorgenommen. 4 Wochen später konnte die Patientin geheilt entlassen werden.

Die Kranke Nr. 330 (1920) wurde ebenfalls in der Klinik operiert. (Totalexstirpation des Uterus wegen eines myomatösen Uterus). Einige Tage nach der Operation geht ein Teil des Urins unwillkürlich ab, ein anderer Teil kann willkürlich per urethram entleert werden. Am 26. 4. 1920, d. i. 3 Monate post operationem, wird die rechte Niere exstirpiert. Völlige Heilung.

Die Patientin Nr. 690 (1923) wurde außerhalb der Klinik operiert. (Totalexstirpation des Uterus wegen intraligamentärem Dermoid). Nach anfänglich vollkommen normalem Heilungsprozeß bekam die Kranke am 13. Tage nach der Operation plötzlich Fieber bis 39,4 Grad mit peritonealen Erscheinungen und einen Abszeß in der rechten Lendengegend. Dieser Abszeß war die Folge einer Harnstauung mit nachfolgender Zersetzung, bedingt durch eine Stenosierung des Ureters. 2 Monate nach der Operation zwangen das auf Stauung beruhende hohe Fieber und das ausgesprochen starke Krankheitsgefühl zur Ausschälung der in entzündlichen Verwachsungen gebetteten re. Niere und eines großen Retentionssackes. Die Patientin hat den schweren Eingriff nach der schweren Erkrankung gut überstanden und wurde 1 Jahr später geheilt entlassen.

Bei der Kranken Nr. 589 (1926) manifestierten sich nach einem in der Klinik ausgeführten extraperitonealen Kaiserschnitt gleich 2 Fisteln. Die allerdings fragliche Blasen-Scheidenfistel war 5 Wochen nach der Operation ausgeheilt. Die Ureter-Scheidenfistel wurde am 16. 9. 1926, also 3 Monate nach der Schnittentbindung, operativ angegangen. Dabei zeigte sich der linke Ureter vor seinem Eintreten in die Blase auf eine Länge von etwa 10 cm kleinfingerdick ödematös. Die Blase wurde bis zur Mitte des Uterus von diesem abgetrennt. Der Ureter wies kurz vor seiner Mündung in die Blase einen Fistelgang auf. Er wurde doppelt unterbunden und die

linke Niere exstirpiert. Die Patientin konnte am 2. 10. 1926 beschwerdefrei entlassen werden.

Bei der Kranken Nr. 207 (1927) wurde der Ureter durch eine in der Klinik ausgeführte Totalexstirpation des Uterus wegen Myoms verletzt. Der Heilungsverlauf nach dieser Operation gestaltete sich zunächst vollkommen fieberfrei, nur 1 mal wurden 38 Grad Temperatur gemessen. 3 Wochen später lag die Patientin dauernd feucht.

Bei der 1. cystoskopischen Untersuchung lag der re. Ureter still. Bei einer späteren Cystoskopie lief er aber wieder gut. Es wurde deshalb eine funktionelle Störung der Harnentleerung angenommen. Dann aber entdeckte man im hinteren Scheidengewölbe eine fistulöse Stelle mit knopfartig erhabenen Granulationen. Nach subc. Indigocarmin-Injektion und anschließender 5stündiger Scheidentamponade ließ sich eine leichte Blaufärbung des Tampons erkennen und man stellte die Diagnose: Ureter-Scheidenfistel. Auf konservative Therapie durch ätzen mit dem Silberstift und Einlegung eines Dauerkatheters verlor die Patientin ihre Beschwerden und wurde 2,5 Monate nach der Operation geheilt entlassen.

Die Frau Nr. 295 (1928) wurde zur Begutachtung in die Klinik eingewiesen. Es handelte sich um eine sehr seltene angeborene Mißbildung des rechten Ureters, von der nur einige wenige Fälle in der Literatur bekannt sind. Diese Frau litt seit ihrer Geburt an unwillkürlichem Harnabgang. Durch die Chromocystoskopie wurde festgestellt, daß der linke Ureter blaugefärbte Flüssigkeit in normalem Strahl entleerte, während der rechte in die Blase mündende Ureterteil bedeutend weniger Harn produzierte. Außerdem entleerte sich auch der gleichgefärbte Urin aus einer feinen Öffnung neben der äußeren Harnröhrenmündung, ein Zeichen, daß hier eine Verbindung mit dem rechten Harnleiter und weiterhin dann mit der rechten Niere bestand. Die Röntgenaufnahme zeigte, daß es sich um eine Teilung des rechten Harnleiters handelte, von dem nur ein Teil den richtigen Verlauf nach der Blase zu ergab, der andere größere und erweiterte Teil aber neben der Harnblase und außerhalb von ihr den inneren Geschlechtsteilen entlang zu den äußeren sich erstreckte und mit einer feinen Öffnung neben der Harnröhrenmündung endete.

Es wurde der Patientin der Vorschlag gemacht, sich einer Operation zu unterziehen. Sie verweigerte sie aber und wurde in unverändertem Zustand entlassen.

Die Patientin Nr. 296 (1930) wurde an der chirurgischen Poliklinik operiert. Damals wurde die Totalexstirpation des Uterus wegen chron. Pelveoperitonitis gonorrhoica ausgeführt. Die Frau bemerkte 20 Tage nach der Operation spontanen Urinabgang durch die Scheide. Die Cystoskopie, wie auch der Ureterenkatheterismus ergaben eine einwandfreie linksseitige Ureterfistel. 1 Monat nach der Operation wurde die Laparatomie vorgenommen. Der Darm war mit der hinteren Beckenwand und dem oberen Scheidengewölbe stark verwachsen. Ein vorher durch eine kleine Öffnung im hinteren Scheidengewölbe eingeführter Ureterenkatheter war nicht zu entdecken. Ebensowenig ließ sich der linke Ureter auffinden, so daß von einer Implantation in die Blase abgesehen werden mußte. Exstirpation der linken Niere. Die Kranke konnte 2 Monate später geheilt entlassen werden.

Bei der Frau Nr. 300 (1932) wurde 6 Tage nach der Operation (Totalexstirpation des Uterus) Inkontinentia urinae festgestellt. Die Untersuchung ergab nekrotische Partien am Scheidenstumpf, durch deren Abstoßung eine sehr kleine Ureter-Scheidenfistel entstanden war. Man wartete 4 Wochen in der Klinik auf Spontanheilung, die aber nicht eintrat. Die Kranke wurde angewiesen 2 Monate noch zu Hause auf Besserung zu warten und im Falle des Ausbleibens der Heilung wieder in der Klinik zu erscheinen. Die Patientin hat die Klinik nicht wieder aufgesucht.

Bei der Kranken Nr. 416 (1932) bestand eine Ureter-Scheidenfistel rechts mit rechtsseitiger Hydronephrose, Erweiterung und Schlängelung des re. Ureters. Die Patientin kam erst 10 Monate nach außerhalb ausgeführter Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinoms zur Aufnahme. Nach der Nephrektomie rechts erfolgte glatte Heilung.

Die Patientin Nr. 80 (1933) lag 12 Tage nach Totalexstirpation des Uterus wegen Myoms außerhalb feucht. 3 Monate nach dem Auftreten der linken Ureterfistel war immer noch keine Spontanheilung eingetreten, deshalb wird in Anbetracht des hohen Sitzes der Fistel die Nephrektomie links ausgeführt.

Ich habe die durch Totalexstirpation des Uterus entstandenen Ureterfisteln in einer Tab. III zusammengestellt unter Berücksichtigung der Indikation zur Operation.

Tabelle III.

Ureterfisteln im Anschluß an Totalexstirpation des Uterus.

Nr.	Jahr	Indikation zur Operation
330	1920	Myom
534	1920	Cervicales Myom
690	1923	Intraligamentäres Dermoid
207	1927	Myom
296	1930	Chron. Pelveoperit. gonorrh.
300	1932	Myom
416	1932	Carcinom
80	1933	Myom

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß von 10 Ureter-Scheidenfisteln 8 geheilt wurden, davon allerdings 7 durch Nephrektomie, was wohl durch den entfernten Sitz der Fistel von der Blase bedingt wurde oder durch Infektion der dazugehörigen Niere. Bei der Kranken Nr. 207 (1927) heilte die Fistel innerhalb 2 Monate nach ihrem Auftreten spontan aus. Die Kranke Nr. 295 (1928) hat die vorgeschlagene Operation verweigert und verließ in unverändertem Zustand die Klinik. Bei einer anderen Frau sollte außerhalb der Klinik die Spontanheilung abgewartet werden. Bedauerlicherweise ist diese Patientin nicht mehr zur Nachuntersuchung erschienen.

Bericht über die Blasenfisteln.

Nun sollen die Blasenfisteln besprochen werden, die hierorts bis zum 1. 5. 1934 zur Behandlung kamen.

Während die Ureterfisteln in 1. Linie durch gynäkologische Operationen entstanden (gyn. Ureterfisteln) sollte man mit Stoeckel annehmen, daß in der Ätiologie der Blasen-Scheiden- bzw. der Blasen-Cervixfisteln die übermäßige Geburtsdauer allein und häufiger als eine instrumentelle Verletzung für das Entstehen von Blasenfisteln

verantwortlich zu machen sei. Wie liegen die Ursachen nun bei unserem Krankengut?

Ich habe in Tabelle IV die bei den 32 Blasenfisteln in Frage kommenden ätiologischen Momente zusammengestellt.

Tabelle IV.

I. Durch den Geburtsakt direkt entstandene Fisteln: 2
Spontangeburt: 2, Nr. 329 (1920), 82 (1925).

II. Durch den Geburtsakt indirekt entstandene Fisteln: 11 (Geburtshilfliche Eingriffe).
1. Entbindung durch die Zange: 4
Nr. 697 (1920), 690 (1922), 510 (1930), 78 (1931).
2. Kranioklasie: 1
Nr. 123 (1925).
3. Wendung: 1
Nr. 744 (1929).
4. Vaginale Schnittentbindung: 3
Nr. 358 (1924), 365 (1926), 249 (1932).
5. Abdominale Schnittentbindung: 1
Nr. 78 (1926).
6. Einleitung einer künstlichen Frühgeburt: 1
Nr. 248 (1926).

III. Operative Blasenfisteln: 18
1. Totalexstirpation des Uterus: 12 (s. Tab. V)
2. Pessarentfernung: 1
Nr. 649 (1922).
3. Cürettage: 1
Nr. 302 (1925).
4. Kolpotomie: 2
Nr. 647 (1929), 628 (1930)
5. Goebell-Stöckel'sche Operation: 1
Nr. 513 (1921).
6. Scheidenplastik: 1
Nr. 483 (1928).

IV. Durch Radium-Bestrahlung entstandene Fisteln: 1
Nr. 320 (1926).

Auffallend groß ist die Zahl der postoperativen Fisteln, 18 von 32. Rechnet man noch die durch Schnittentbindungen entstandenen 4 Blasenfisteln dazu, dann sind es sogar 22 postoperative Fisteln. Dieser Befund stimmt mit dem anderer Untersucher überein und mag für die Großstadt typisch sein, wo den Frauen die Möglichkeit gegeben wird eine geschulte Geburtshilfe in Anspruch zu nehmen, wodurch natürlich die Zahl der durch den Geburtsakt direkt oder indirekt entstandenen Fisteln herabgemindert wird.

Bei 9 Kranken gaben jedoch mit der oben gemachten Einschränkung die Geburt und geburtshilfliche Eingriffe Anlaß zur Entstehung. Davon waren nur 2 Fisteln durch Spontangeburt entstanden. Die geburtshilflichen Eingriffe bestanden mit Ausnahme einer Kranioklasie und einer Wendung in Entbindungen durch die Zange. Bei der Kranken Nr. 358 (1924) wurde beim vaginalen Kaiserschnitt auch die Zange angewandt, deshalb ist es schwierig zu sagen, welches nun die eigentliche auslösende Ursache gewesen ist. Bei einer anderen Frau wurde im 8. Monat eine künstliche Frühgeburt eingeleitet.

Betrachtet man nun die 18 postoperativen Fisteln, so sieht man, daß davon allein 12 Blasenfisteln nach Totalexstirpation des Uterus aufgetreten sind. Die Tabelle V möge der Frage nach Indikation zu dieser Operation und klinischer oder außerklinischer Entstehung dienen.

Die Übersicht zeigt, daß 75% der Totalexstirpationen in der Klinik ausgeführt wurden. Die Ursachen der Operation waren bei 8 Frauen Myome, teilweise vergesellschaftet mit Ovarialpapillomen und -kystomen, starken Verwachsungen und Adnextumoren. Eine Frau wurde wegen Abortus mens V operiert, anscheinend bestand hier eine lebensbedrohliche Blutung. Bei 3 Operationen ist die Indikation aus der Krankengeschichte nicht zu ersehen.

Weiterhin tritt eine Ringbehandlung als auslösende Ursache einer postoperativen Fistel in Erscheinung. Diese Patientin hatte seit 6 Jahren Gebärmuttervorfall und trug seit dieser Zeit ein Pessar, ohne daß es je gewechselt worden wäre. Als das Prolappspessar vom Arzte operativ entfernt wurde, entstand in der vorderen Scheidewand eine etwa erbsengroße Fistelöffnung, die durch einen vaginalen Fistelverschluß beseitigt wurde.

Dann wiederum sind es 3 vaginale und eine abdominale Schnittentbindung. Das zahlenmäßige Überwiegen der vaginalen Operationsmethode über die abdominale findet seine Erklärung vielleicht darin, daß dort, ähnlich wie bei einer vaginalen Myomoperation, ein immerhin großes Kind durch die kleine Vaginalöffnung gewaltsam hindurchgezogen wird, wobei natürlich die Blase leicht einreißen kann.

Tabelle V.

Nr.	Jahr	Indikationen zur Totalexst.	Entstehung klin.	Entstehung außerkl.
793	1921	Abortus mens V (Blutung?)		a.
312	1922	Myomatöser Uterus, starke Verwachsungen, Adnextumor	kl.	
351	1924	Gravid. myomat. Uterus	kl.	
434	1924	Myom		a.
649	1924	Unbekannt		a.
660	1926	Unbekannt	kl.	
468	1926	Malig. Ovarialpapillom, myomat. Uterus	kl.	
275	1927	Intraligament. Ovarialkystom myomat. Uterus	kl.	
333	1927	Myomatöser Uterus	kl.	
200	1931	Unbekannt	kl.	
229	1934	Myomatöser Uterus		a.
152	1934	Myom, rechtsseit. vereitert. Ovarialkystom. Salping. dupl. Pelveoperit. chron. adhaes.	kl.	

Bei einem Cervix-Carcinom, das durch Einlegung radioaktiver Substanz in den Uterus bestrahlt wurde, ist anscheinend eine Blasen- und Mastdarm-Scheidenfistel spontan entstanden.

Beim Studium der Krankengeschichte Nr. 513 (1921) gewinnt man den Eindruck, daß eine Goebell-Stoeckel'sche Operation Ursache einer Blasen-Scheidenfistel wurde. Bei der Kranken bestand seit 6 Jahren eine Inkontinentia urinae infolge submucöser Muskelrisse

der Urethra durch Geburtstrauma. Eine Fistel konnte nicht nachgewiesen werden. Die Pyramidalisplastik verschlimmerte das Leiden durch eine neuauftretende Blasenfistel. 5 Monate später versuchte man die in starke Verwachsungen gebettete Fistel sogar durch Totalexstirpation des Uterus beweglich zu machen und durch eine vaginale Fisteloperation zu schließen, was aber nur schwer gelang. Infolge der starken Spannungsverhältnisse kam es nicht zur Heilung und erst eine 3. Operation schloß die Fistel endgültig.

Bei einer anderen Frau wurde anläßlich einer außerhalb ausgeführten Cürettage die Blase perforiert. Die Kranke Nr. 483 (1928) war außerhalb wegen einer Mißbildung der Scheide und Urethra operiert worden. Sie gelangte mit einer Blasenfistel zur Aufnahme.

Bei einer 25 jährigen, luetischen Frau, die in der Klinik entbunden wurde, war das Wochenbett durch ein Douglasexsudat kompliziert, das 2 mal durch Kolpotomie eröffnet wurde. In der Reconvaleszenz entstand eine Blasenfistel. Der gleiche operative Eingriff war Ursache der Fistel Nr. 647 (1929) geworden.

Erfolgsstatistik über die Blasenfisteln.

Ich komme nun zur kritischen Bewertung der therapeutischen Maßnahmen.

Von den operativen Verfahren zur Schließung der Blasenfisteln wurde bei der überwiegenden Mehrzahl der Kranken die Methode des direkten vaginalen Fistelverschlusses in seinen verschiedenen Modifikationen angewandt. Diese Methode führte auf einfachste Art bei einzeitiger Operation und kurzer Operationsdauer unter Wiederherstellung physiologischer Verhältnisse fast stets zum Ziele.

Der ganze Fistelkanal wurde durch breite und tiefe Exstirpation angefrischt. Bei Fisteln, wo wegen hochgradiger Schrumpfung und Verengerung der Fistelgegend kein Gewebe durch Exzision der Narbe verloren gehen durfte, wurde zunächst der Fistelkanal von seinem Rande aus aufgeteilt, die Blase im Bereich der Fistel von der Scheide getrennt, sodaß das Blasenloch mit versenkten und dann das Scheidenloch mit Außennähten geschlossen werden konnte. Sehr oft mußte man sich erst durch tiefe Scheiden-Dammschnitte (Schuchardt) und Episiotomien den notwendigen breiten Zugang zur Fistel schaffen.

Diese Methode wurde bei 24 Operationen angewandt und führte 18 mal zur völligen Heilung, während 3 mal die Kranken ungeheilt und 3 mal nur gebessert entlassen werden konnten. Bedauerlicherweise ist keine dieser Patientinnen zur Nachoperation erschienen. Von den auf diese Art operierten Frauen waren 5 vorher bereits mehrere Male innerhalb und außerhalb der Klinik nach den verschiedensten Methoden erfolglos operiert worden. So hatte auch Doederlein zuerst einmal trotz Totalexstirpation des Uterus eine Fistel nicht beweglich machen können.

Bei 4 Kranken wurde die abdominale Operationsmethode angewandt, im Besonderen 2 mal die Methode von L. Seitz: intraperitoneal und intravesical und 2 mal die Methode von v. Dittel: intraperitoneal und extravesical. Eine Frau wurde geheilt, eine blieb ungeheilt, zwei wurden gebessert. Von den gebesserten Fisteln war sogar eine 2 mal operiert worden, bei einer anderen erfolgte zunächst die Ausschälung des fistulösen Gewebes und 2 Wochen später die eigentliche Fisteloperation.

Bei 2 Kranken hatte man auf die Wiederherstellung normaler Verhältnisse verzichtet durch 1. Kolpokleisis und 2. die Ableitung der Nierenharne in den Enddarm. Eine besonders eindrucksvolle Krankengeschichte sei mitgeteilt:

Es handelte sich um eine 25 jährige Primipara mit voraufgegangener Zangenentbindung außerhalb der Klinik. Sie kam 6 Wochen nach der Entbindung zur Operation.

Es ergab sich ein Defekt, der die ganze hintere Blasenwand, die ganze Harnröhre und die ganze vordere Scheidenwand betraf. Mit derben Narben war der Rand dieses Defektes an der vorderen und rechten Beckenwand so fixiert, daß überhaupt kein Gewebe mehr vorhanden war, das man hätte anfrischen, geschweige denn zu einer Lappenbildung verwenden können. Es war also überhaupt ganz ausgeschlossen dieses gewaltige Loch zu decken. Es wurde auch sehr überlegt den Uterus als Pelotte in den Defekt einzufügen. Aber auch das war vollkommen ausgeschlossen, da einfach nichts vorhanden war, an das man den Uterus hätte einfügen können und ihn bloß in die Scheide zu legen wäre selbstverständlich ganz zwecklos gewesen.

Man hat sich dann sehr wider Willen entschlossen hier zum Äußersten die Zuflucht zu nehmen, nämlich zur Einpflanzung der Ureteren in den Mastdarm um die Patientin möglichst von der Qual der irreparablen Inkontinenz zu befreien. Man tut dies nur in den aller ungünstigsten Fällen, weil hier die Gefahr bei der Operation selbst oder nachträglich durch Aufsteigen der Keime durch die Ureteren eine sehr große ist und diese meist zu einem unglücklichen Ende führt. Bei Eröffnung der Flexura sigmoidea, in die man den linken Ureter einfügte, wurde das Operationsgebiet durch Kot beschmutzt, trotzdem die Patientin vorsichtig abgeführt worden war. Bekanntlich ist der Darminhalt gerade in diesem Abschnitt ganz besonders gefürchtet. Es wurde zwar das Operationsgebiet gleich sorgfältig mit Jod desinfiziert, aber wie immer gelang es eben doch nicht das ganze Gebiet wieder keimfrei zu machen.

Am 1. Tag nach der Operation ging es der Patientin schon so gut, daß man hoffte, daß sie es überstehen würde. Sie fühlte sich wohl und war guter Dinge. Am 2. Tag traten aber die Erscheinungen fortschreitender Peritonitis auf, der sie auch in der folgenden Nacht erlegen ist.

Die Kolpokleisis wurde als allerletztes Zufluchtsmittel bei einer 52 jährigen, carcinomkranken Frau in der Menopause versucht. Die Prognose quoad vitam ist bei erfolgreicher Operation deswegen so ungünstig, weil hinter dem vernähten Introitus vaginae sich Urin ansammelt und zersetzt und geradezu unvermeidlich eine Cystitis und aufsteigende Pyelonephritis verursacht. Die Operation führte bei unserer Kranken nicht zum Erfolg, da eine Wundeiterung, die von der Fistel ausging und nach vorn außen sich fortsetzte, die Heilung hinderte.

Bei einer anderen Kranken war die Situation so, daß eine Harnröhre neu gebildet, eine Blasenfistel genäht und dann durch Uterusinterposition gedeckt werden mußte. Auch diese Krankengeschichte sei mitgeteilt:

Die 22 jährige Patientin gelangte mit einer Blasenfistel und einem juckenden, intertriginösen Ekzem an der Innenfläche beider Oberschenkel zur Aufnahme in die Klinik. Außerhalb war wegen einer Mißbildung von Scheide und Urethra eine Operation vorgenommen worden. Aus dem Arztbrief geht hervor, daß ein mannsdaumen-

dicker Bezirk, der allem Anschein nach die aufgerollte, verwachsene vordere Scheidenwand darstellte, exzidiert wurde.

Nach Vorbehandlung und Dehnung der Narbe am Scheideneingang Fisteloperation:

Beiderseits tiefe Schuchardt'sche Schnitte. Freilegung eines oben gelegenen, stenosierten Teiles der Scheide. Es scheint dann die Blasenöffnung in einer Art Harnröhrenmündung dicht unter dem Orificum internum der Urethera auszumünden. Aus dieser Öffnung träufelt ununterbrochen Urin. Beim Katheterisieren kommt aber ziemlich viel Urin aus der Blase, sodaß nur eine relative Inkontinenz vorhanden ist. An der oberen Begrenzung der Schuchardt'schen Schnitte werden beiderseits Lappen gebildet, die das an den absteigenden Schambeinästen vorhandene knorpelartige und spärliche Gewebe doch soweit zur Mobilisierung bringen, daß man sie nach der Mitte zu vereinigen kann und dadurch einen Kanal bilden kann, der die neue Harnröhre darstellt. Anschluß dieser Lappen an die obige Harnröhre und des noch erhaltenen Wulstes des untersten Teiles derselben. Es entsteht nun eine ziemliche Spannung namentlich da, wo die Lappen nicht groß genug gestaltet werden können.

Das Gewebe wird wohl nicht genügen, um einen Verschluß zu bilden, da es sehr schlecht ernährt und zum Teil gespannt ist. Es wird deshalb der Uterus aus der schwer zu erkennenden Plica vesico-uterina herausgestülpt und gegen diese große Wunde, die nun an Stelle des verloren gegangenen Septum uterino-vesico-vaginale unterhalb dieser neugebildeten Lappen vorhanden ist, gelegt. Der Uterus wird nach Art der Schauta'schen Prolapsoperation vollkommen extraperitoneal gelagert, das Peritoneum hinter ihm geschlossen. Beide Tuben werden mit Silkwörm unterbunden. Einlegen eines Nelaton-Katheters in die Blase. Schluß der restlichen Teile der Schuchardt'schen Schnitte, soweit diese nicht selbst vom Uterus erfüllt sind.

Trotzdem sich die Naht des eingenähten Uterus löste, schloß sich allmählich die Fistel. Die Kranke wurde vollkommen geheilt entlassen.

Bei der Kranken Nr. 78 (1926) bestand eine sehr kleine Fistelöffnung. Die Patientin wurde aber ohne Therapie entlassen, da sie angeblich den Urin halten konnte.

In Tabelle VI habe ich die therapeutischen Erfolge der jeweils angewandten Operationsmethoden nochmals schematisch zusammengestellt. Die Operationsmethoden sind nach Stoeckel gruppiert.

Tabelle VI.

I. Methoden des direkten vaginalen Fistelverschlusses	
1. Die Plastik von Simon:	13 Kranke
a) Geheilt:	11 Kranke
b) Ungeheilt:	1 Kranke
c) Gebessert:	1 Kranke
2. Das Dédoublement:	11 Kranke
a) Geheilt:	8 Kranke
b) Ungeheilt	1 Kranke
c) Gebessert	2 Kranke
II. Die abdominalen Operationsmethoden	
1. Methode von L. Seitz:	2 Kranke
a) Geheilt:	1 Kranke
b) Gebessert	1 Kranke
2. Methode von v. Dittel:	2 Kranke
a) Ungeheilt:	1 Kranke
b) Gebessert:	1 Kranke
III. Verzicht auf die Wiederherstellung normaler Verhältnisse	
1. Kolpokleisis:	1 Kranke (ungeheilt)
2. Ableitung der Nierenharne in den Enddarm	1 Kranke (gestorben)
IV. Methodenkombination Neubildung der Urethra, Interpositio uteri nach Schauta	1 Kranke (geheilt)

Zum Schluß der vorstehenden Erörterungen muß man zu dem Urteil kommen, daß bei dem heutigen Stand der Dinge eine erfolgversprechende Behandlung der Harnfisteln nicht nur möglich ist, sondern zu dem dankbarsten Gebiet chirurgischer Tätigkeit überhaupt gehört. Die Harnfisteloperationen sind wertvolle Helfer geworden in der Verwirklichung unserer volkspolitischen Ziele, in deren Rahmen die Aufgabe des Gynäkologen lautet: Möglichst jede kranke Frau und Mutter wieder so gesund an Leib und Seele zu machen, daß sie mit Freude ihren häuslichen Pflichten nachkommen kann.

Die Arbeit entstand auf Anregung meines hochverehrten Lehrers Herrn Prof. Dr. Eymer, dem ich an dieser Stelle meinen aufrichtigen Dank aussprechen möchte. Weiterhin danke ich Herrn Oberarzt Prof. Dr. Rech für die freundliche Durchsicht der Arbeit.

Literaturverzeichnis.

1. Zbl. f. Gyn. 1925 Band 2 Seite 2317.
   Schiffmann und Scamek: Zur Kenntnis und Genese entzündlich-eitriger Veränderungen der Niere nach Ureter-Scheidenfisteln.
2. Zbl. f. Gyn. 1929 Band 3 Seite 2520.
   Conrad: Unblutige Nierenausschaltung durch Röntgenstrahlen zur Heilung von Ureterfisteln.
3. Zbl. f. Gyn. 1932 Band 1 Seite 1115.
   Sigwart: Zur Therapie wandständiger Ureterfisteln.
4. Zbl. f. Gyn. 1930 Band 3 Seite 2275.
   Pfalz: Diskussion.
5. Zbl. f. Gyn. 1936 Band 38 Seite 2226.
   W. Stoeckel: Die Entwicklung der Operationen bei Blasen-Scheidenfisteln.
6. Kleinschmidt: „Verhandlungen der mediz. Gesellschaft Leipzig", Münch. med. Wschr. 1925, Seite 408.
7. Daniel: „Betrachtungen über Ureterfisteln nach gynäkologischen Operationen (abdominaler Weg)". Ref.: Ber. ü. d. ges. Gyn. u. Gebh. Band 11 Seite 892.
8. Vincent: „Ureterverletzungen bei gynäkologischen Operationen". Ref.: Zeitschr. f. Urolog. Band 27 Seite 512.
9. Stoeckel: „Erkrankung der Harnleiter", Veits Handb. der Gyn. Band 2.
10. Stöckel: Handbuch der Geburtshilfe von Doederlein, Band 3, 1924.
11. Doederlein-Kroenig: Operative Gynäkologie.
12. Latzko: Halban und Seitz, Band 4 Seite 4. Biologie und Pathologie des Weibes.
13. Fritsch: Die Krankheiten der weiblichen Blase in Veits Handbuch der Gyn. Band 2 Seite 1897.
14. Heim: „Behandlungsmöglichkeiten der Ureter-Scheidenfisteln", Münch. med. Wschr. 1933 Band 2 Seite 1380.

Lebenslauf.

Ich wurde am 20. Januar 1910 in Frankenthal (Saarpfalz) als Sohn des städtischen Arbeiters Leo Koenig und seiner Ehefrau Maria, geb. Kohler geboren. Nachdem ich Ostern 1930 die Oberrealschule zu Ludwigshafen mit dem Reifezeugnis verlassen hatte, studierte ich Medizin an den Universitäten Heidelberg, Kiel und München. Im Sommer 1932 bestand ich zu Heidelberg die ärztliche Vorprüfung und im Dezember 1935 in München das Staatsexamen. Als Medizinalpraktikant war ich vom 15. 12. 1935 bis zum 3. 10. 1936 am städt. Krankenhaus in Frankenthal, vom 4. 10. — 31. 10. 1936 nahm ich am 3. Jungärztelehrgang an der Führerschule der Deutschen Ärzteschaft in Alt-Rehse teil und bin jetzt Medizinalpraktikant an der Univ.-Frauenklinik in München.